

Liberar a critério médico como dor abdominal à esclarecer para consulta médica em 24 horas.

Orientar este paciente para retorno em caso de piora da dor ou sua não resolução com a medicação prescrita, vômitos frequentes ou febre alta.

18. PANCREATITE AGUDA

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Causa comum de dor abdominal.

Diagnóstico clínico.

As causas mais comuns são o etilismo e a litíase biliar.

A gravidade do quadro é variável, desde uma inflamação localizada até um quadro inflamatório sistêmico com risco de vida.

b. QUADRO CLÍNICO

A dor abdominal localizada no mesogástrio é o sintoma mais comum, a irradiação para o dorso é comum, associada frequentemente a náusea, vômitos copiosos e distensão abdominal.

É comum a piora da dor quando o paciente assume o decúbito dorsal.

Febre baixa é frequente.

Quadro de peritonite franca é tardio na Pancreatite Aguda.

Suspeitar do diagnóstico com a associação de história, achados de exame físico e elevação das enzimas pancreáticas.

Elevação da amilase (3 vezes acima do limite normal) e lipase são os achados laboratoriais mais comuns. A amilasemia é inespecífica, pouco sensível e pode ocorrer com amilase normal. Os níveis séricos das enzimas não se correlacionam com a gravidade do quadro.

A lipase elevada (2 vezes acima do limite normal) é mais sensível e específica (90%) que a amilase. Os níveis séricos permanecem elevados por mais tempo (7 horas).

Elevação da fosfatase alcalina sugere doença biliar.

A radiografia de abdome tem pouco valor diagnóstico pode sugerir *Pancreatite Aguda*, mas é inespecífica, pouco sensível e pode ocorrer com radiografia normal. A presença de calcificações em pâncreas sugere doença pancreática preexistente. A distensão do cólon com colapso distal do intestino grosso, pode sugerir doença.

A TC de abdome é o melhor exame de imagem para o diagnóstico.

A ocorrência de hiperglicemia, hipotensão arterial, hipoxemia e hipocalcemia devem alertar o médico para a presença de um quadro grave.

c. CONDUTA

Avaliar gravidade do quadro.

Pesquisar ingestão de álcool ou medicamentos potencialmente hepatotóxicos.

Realizar o acompanhamento ambulatorial de pacientes estáveis.

Instruir os pacientes a observar repouso e a suspender álcool e outras hepatotoxinas (alguns medicamentos).

Alertar os pacientes a retornarem a emergência caso ocorra piora dos sintomas (especialmente vômitos, febre e dor abdominal).

Colher sangue para hemograma, creatinina, uréia, glicose, sódio, potássio, cloro, cálcio, transaminases, amilase, lipase, bilirrubina sérica, fosfatase alcalina e gama GT.

Internar pacientes apresentando: alterações de comportamento, queda no nível de consciência, alargamento do INR, hemorragia, hipoglicemia, suspeita de hepatite tóxica e bilirrubina > 20 mg%.

19. COLECISTITE AGUDA E CÓLICA BILIAR

a. CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS DE AVALIAÇÃO

Causadas por obstrução do cístico por cálculos biliares.

O diagnóstico é mais comum em mulheres obesas dos 20 aos 40 anos de idade (idade fértil).

Pode afetar todas as faixas etárias especialmente diabéticos e pacientes com doenças hemolíticas.

b. QUADRO CLÍNICO – CÓLICA BILIAR

Dor no quadrante superior direito (QSD) ou epigástrica variando de intensidade leve a grave, pode ser referida no ombro direito ou dorso.

Pode ser descrita como intermitente ou em cólica.

Náuseas e vômitos estão geralmente associados.

Em 70% dos casos ocorre após alimentação.

Episódios agudos de cólica biliar costumam durar de 2 a 6 horas.